FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1928-1929

N° 33

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 Mai 1929, à 17 heures

PAR **CAPLIEZ (Charles-Louis)**

Né le 1er Mai 1902 à Poix-du-Nord

LES GROSSESSES GEMELLAIRES
INTRA ET EXTRA UTERINES COMBINÉES

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. BUÉ

Suffragants MM. PAUCOT
PAQUET
SWYNGHEDAUW

LILLE
Imprimerie PLATEAU, 29, Rue Kuhlmann
1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1928-1929

THÈSE

N° 33

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 Mai 1929, à 17 heures

PAR CAPLIEZ (Charles-Louis)

Né le 1er Mai 1902, à Poix-du-Nord

LES GROSSESSES GEMELLAIRES

INTRA ET EXTRA UTÉRINES COMBINÉES

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. BUÉ

Suffragants MM. PAUCOT
PAQUET
SWYNGHEDAUW

LILLE

Imprimerie PLATEAU, 29, Rue Kuhlmann

1929

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ✪). — Assesseur : M. Gérard E. (✻, I. ✪).

Clinique médicale :	MM. Carrière (O. ✻, I. ✪),	professeur.
	Combemale (O. ✻, I. ✪, m),	id.
Clinique chirurgicale :	Gaudier (✻, ♣, I. ✪)	id.
	Lambret (C. ✻, I. ✪),	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :	Charmeil (✻, I. ✪),	id.
Clinique obstétricale :	Bué (✻, I. ✪),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :	Surmont (✻, I. ✪, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :	Potel (✻, ♣, I. ✪),	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale :	Curtis (✻, I. ✪),	id.
Physiologie :	Dubois (I. ✪),	id.
Anatomie :	N...	
Histologie :	Debeyre (O. ✻, ♣, A. ✪),	id.
Chimie minérale et Toxicologie :	Vallée (✻, I. ✪),	id.
Chimie organique :	Polonovski (✻ A. ✪),	id.
Matière médicale et Botanique :	Fockeu (✻, I. ✪, ❁, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie :	Gérard (Ernest), (✻, I. ✪),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :	Desoil (✻, I. ✪),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :	Paucot (A. ✪)	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :	Le Fort (C. ✻, ♣, I. ✪, O ✠),	id.
Clinique psychiâtrique :	Raviart (✻, I. ✪),	id.
Clinique médicale infantile	Minet (I. ✪),	id.
Thérapeutique :	Ingelrans (I. ✪),	id.
Médecine opératoire :	Vanverts (✻, I. ✪),	id.
Hygiène et Bactériologie :	Pierret (I. ✪),	id.
Médecine légale .	Leclercq (✻, ♣, I. ✪),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. Bédart (O. ✻, I. ✪, ✠), Morvillez (A. ✪).

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM. Painblan,	
Clinique des maladies du système nerveux :	Ingelrans (I. ✪),	professeur
Clinique oto-rhino-laryngologique :	Debeyre M. (O. ✻, ♣, I. ✪)	id.
Crénothérapie et Climatothérapie :	Duhot (I. ✪),	id.
Chimie analytique :	Polonovski (♣, A. ✪),	id.
Physique pharmaceutique :	Sonneville (A. ✪),	id.
Parasitologie :	Lavier (♣),	id.
Déontologie :	Bertin (✻, I. ✪),	id.
Physique médicale :	Fabre, (✻, I. ✪,	id.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ✻, I. ✪), Combemale (O. ✻, I. ✪, ff.) P. Charmeil (✻, I. ✪),

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O. ✻, I. ✪), Calmette (C. ✻), Lescœur (I. ✪), Baudry (✻, I. ✪, ✠), Dubar (O. ✻, I. ✪), Verdun (✻, I), Debierre (✻, I. ✪), Doumer (✻, I. ✪), Curtis (✻, I. ✪), Lemoine (✻ I. ✪).

Agrégés en exercice :

MM. Duhot (I. ✪), Gérard M. (♣, ✻, I. ✪), Combemale P, Cordier, Doumer Ed. (♣, A. ✪), P. Delannoy (A. ✪), Paquet (♣, I. ✪), Bertin (✻), Legrand (♣, ✠, A. ✪), Swynghedauw (I. ✪, ♣), Lavier (♣).

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

« HABENT SUA FATA LIBELLI »

Que ceux qui m'aiment veuillent trouver ici un hommage reconnaissant et un bien faible gage de mon affection.

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur BUÉ

Professeur de Clinique Obstétricale

A mes Juges :

Monsieur le Professeur PAUCOT

Monsieur le Professeur-Agrégé PAQUET

Monsieur le Professeur-Agrégé SWINGHEDAUW

A tous mes Maitres des Hôpitaux et de la Faculté

AVANT-PROPOS

Monsieur le Professeur agrégé Swynghedauw ayant observé chez une de ses malades un cas de coexistence d'une grossesse extra et intra-utérine, nous suggéra de faire de cette curieuse variété de grossesse gémellaire le sujet de notre thèse et d'attirer l'attention sur ce chapitre intéressant et méconnu de la Gynécologie.

Nous avons recherché tous les cas publiés jusqu'à ce jour, en laissant de côté les nombreuses observations où une grossesse normale est survenue chez une femme ayant eu antérieurement une grossesse ectopique. De même, nous n'avons pas envisagé les cas où une grossesse utérine se développe en présence d'un lithopédion ou d'un fœtus momifié, pour ne considérer que ceux où la gestation utérine et la gestation tubaire ou parfois ovarienne évoluent simultanément.

Nous ne pensons pas qu'il nous soit indispensable de reproduire les nombreux cas rassemblés par Neugebauer en deux séries (171 en 1907, 73 en 1913), qui constituent la presque totalité des cas publiés à l'époque. Depuis 1913, nous avons rassemblée 42 cas que nous avons résumés et qui ne constituent probablement encore qu'une fraction de ceux observés pendant ces quinze dernières années. A la lumière de ces faits et des observations antérieures, nous

avons essayé de dégager quelques considérations générales sur l'étiologie, l'évolution, le diagnostic et le traitement de la grossesse extra et intra-utérine combinée.

Avant d'aborder ce travail, arrivé au terme de nos études médicales, il nous reste un agréable devoir à remplir, celui d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté.

Nous remercions particulièrement Monsieur le Professeur Swynghedauw. Nous nous honorons de la bienveillante sympathie qu'il nous a témoignée durant nos études médicales et nous sommes heureux de pouvoir lui dire ici notre gratitude et notre admiration.

Nous adressons nos sincères remerciements à Monsieur le Professeur Bué pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre Jury de thèse.

Nous remercions bien vivement Monsieur le Professeur Paucot et Monsieur le Professeur Paquet d'avoir bien voulu être nos juges.

OBSERVATION INÉDITE

(Due à l'obligeance de M. le Pr agrégé SWYNGHEDAUW)

Mme C..., 28 ans. Deux grossesses antérieures, l'une à terme, avec accouchement normal en janvier 1921, l'autre en décembre 1923. Enfant mort-né. Entre ces deux accouchements, la malade a présenté des accidents génitaux inflammatoires, caractérisés par des pertes muco-purulentes accompagnées de douleurs pelviennes d'abord localisées à droite, puis à gauche et qui aboutirent en juillet 1912 à une crise de pelvi-péritonite aiguë.

Grossesse actuelle : Les dernières règles datent du 21 décembre 1924, et ont eu leur durée et leur intensité habituelles. Un mois plus tard, vers l'époque des règles suivantes, troubles sympathiques (vomissements), puis, vers la fin de janvier, des accidents douloureux se produisirent, nettement localisés dans la fosse iliaque gauche.

A cette époque, la malade fut examinée par son médecin traitant qui constata l'existence d'une tuméfaction des annexes gauches et d'une notable augmentation de volume de l'utérus, correspondant à une grossesse de un mois et demi environ. Il porta le diagnostic de grossesse utérine, avec annexe gauche inflamma-
le diagnostic de grossesse utérine, avec annexite gauche inflammatoire.

La malade fut maintenue au lit quatre à cinq jours. Les douleurs de la fosse iliaque gauche disparurent, mais, dès son lever, elle ressentit encore une légère douleur dans le bas-ventre, surtout accusée par l'usage de l'automobile.

Le 28 février 1925, à 17 heures, la malade est prise brusquement d'une douleur vive dans le ventre, douleurs qui provoquent tout de suite un état demi-syncopal. Cette douleur dure plusieurs heures et s'accompagne de quelques légères pertes de sang.

Son médecin l'examine à ce moment et constate à nouveau que l'utérus a des *dimensions qui correspondent bien à l'âge de la grossesse,* que son col est entr'ouvert et permet l'introduction du doigt jusqu'à l'orifie interne, lui-même entrebâillé. La région annexielle gauche est le siège d'un empâtement diffus et assez douloureux. En raison de ces constatations, on porte le diagnostic d'avortement banal.

La nuit suivante, la douleur est plus vive, présente des irradiations vers les seins, puis se localise dans le cou, sur les deux faces latérales. Cette douleur cervicale est très vive, la malade se plaint exclusivement de celle-ci. Elle fait observer, d'ailleurs, qu'au cours de la semaine précédente, elle a ressenti des douleurs analogues, présentant la même localisation, mais beaucoup moins vives.

Le 1er mars, état stationnaire pendant la matinée, pas de symptômes nets d'hémorragie interne, mais vers 14 heures 30, une nouvelle douleur brusque et violente se produit dans le bas-ventre et s'accompagne cette fois d'une syncope presque complète qui dure quelques minutes. En même temps, la *douleur cervicale a complètement disparu.* Pâleur persistante des muqueuses, pouls petit à 100. Les symptômes d'hémorragie interne étant évidents, l'intervention est décidée séance tenante.

Opération: 1er mars à 16 heures: Laparotomie médiane. — Inondation péritonéale de sang liquide frais. Quelques caillots dans la fosse iliaque gauche. Trompe gauche gravide et rompue. Salpingectomie gauche. La trompe contient un œuf du volume d'une noix. L'utérus, congestionné, est manifestement gravide. Suites normales. 38°2 le soir.

Le 2 mars, 37°5 le matin, pas de métrorrhagie notable; mais

dans la nuit du 2 au 3, la malade se met à perdre du sang par le vagin.

Le 3 mars au matin, le col est largement ouvert et l'on sent au toucher un œuf incomplètement détaché.

Le 4 mars, la malade fait un avortement typique: œuf du volume d'un œuf de poule non ouvert.

Le 13 mars, tout écoulement sanguin a disparu, le col est refermé, la plaie abdominale est cicatrisée.

La malade se lève le 15 mrs.

Cette observation est intéressante par le fait qu'elle montre une erreur de diagnostic fréquente dans le cas de coexistence de grossesse extra- et intra-utérine et le processus habituel de cette grossesse gémellaire.

A un autre point de vue, elle relate l'existence d'une douleur cervicale typique comme on en observe parfois dans le cas de grossesse ectopique banale.

HISTORIQUE

L'étude des grossesses extra et intra-utérines simultanées est de date relativement récente et les quelques documents que nous possédons, antérieurs à l'ère chirurgicale, manquent la plupart du temps de précision. Il a fallu que des interventions soient pratiquées chez des femmes atteintes de grossesse ectopique pour que la coïncidence des grossesses tubaire et utérine fût reconnue. Cette question a été peu étudiée en France et les travaux qui s'y rattachent sont surtout allemands et américains. Les auteurs français publient des observations bien étudiées, mais ne paraissent pas avoir été tentés par une étude d'ensemble de cette variété relativement fréquente de grossesse gémellaire. A l'étranger, les observations sont assez nombreuses jusqu'en 1914, très rares pendant la guerre, où l'attention est plus spécialement attirée sur les questions de chirurgie de guerre et où les publications médicales sont très restreintes. Leur nombre paraît être resté inférieur, pour une même période, à celui d'avant-guerre.

Les traités de chirurgie, gynécologie et obstétrique parlent longuement des grossesses ectopiques simples et ne mentionnent pas cette variété intéressante de grossesse ectopique gémellaire. On trouve cependant, dans l'article de Pinard, du Dictionnaire Encyclopédique, un paragraphe relatif à cette question. Il dresse un tableau récapitualtif

de 24 cas collectionnés par Browne en 1882 et dont le dernier, de Galabin, remonte à 1881. Le traité de Bar y consacre quelques lignes.

Jusqu'en 1903, au moment où Bichat publie son travail, dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, n'ont paru que des observations isolées.

C'est à Duverney que semble due la première observation de grossesse extra et intra-utérine combinée qu'il publie dans ses Œuvres Anatomiques en 1708. Le diagnostic fut fait à l'autopsie, la mère étant morte au troisième mois de la grossesse, de rupture tubaire, puis viennent les observations de Mascagni (1810), M^me^ Lachapelle (1811), Cliet (1818), etc. Bichat fait un travail plus complet et réunit 49 observations qu'il classe d'après les dates d'apparition. Presque en même temps, Pacalin, de Lyon, rapporte dans sa thèse 71 observations. La thèse de Dupouy cite, en 1904, une observation personnelle et groupe les cas antérieurs, rapportés par Hanna Wilsin et Pacalin.

Nous avons ensuite la thèse de Ployé, de Bordeaux, en 1907, avec 63 cas, en grande partie publiés par Bichat, et celle de Barrio, de Paris, qui reprend 17 observations et en cite une personnelle.

Auvray, à la Société Anatomique, en 1923, signale plusieurs cas. Mathieu, dans un rapport à la Société de Chirurgie, en 1925, sur un cas de Page et Ferey, provoque la publication d'une observation inédite de Launay.

La littérature étrangère est plus riche en travaux relatifs à cette question, dont certains sont beaucoup plus anciens. Le premier travail est celui de Parrey en 1876 ; il cite 23 cas et tente d'établir la proportion de grossesses extra et intra-utérines simultanées, par rapport aux grossesses ectopiques simples. En 1892, Gutzwiller rapporte dans « Arkiv fur Gynoekologie » 17 cas dispersés et un

personnel et en fait une étude approfondie. Moseley publie, en 1896, 14 cas, y compris un cas personnel.

En 1894, Von Schenk étudie la fréquence de la grossesse intra et extra-utérine simultanée par rapport à la grossesse ectopique.

En 1900, paraît un travail de Strauss qui étudie 37 observations dont une personnelle. En 1901, le travail de Nillsson, plus considérable, réunit 68 cas, puis Zinke, en 1902, peut en réunir 88 cas. Un travail plus important de Simpson, en 1904, rassemble 113 observations. En 1905, Weibel publie 119 observations. En 1907, Neugebauer fait l'étude critique de 171 cas.

Enfin, un nouveau travail de Neugebauer, en 1913, réunit une nouvelle série de 73 cas. Les 244 cas relatés par Neugebauer constituent la presque totalité des cas relatés, à l'époque. (Gynœk. Rundschau 1913).

Novak, en 1926, étudie 30 cas dans « Surg. gyn. and obst. ».

FRÉQUENCE

Il est difficile d'évaluer la fréquence des grossesses extra et intra-utérines simultanées, car un bon nombre restent encore méconnues. Les 42 cas que nous rapportons portent leur total à 286.

Dans certains cas, la grossesse utérine reste ignorée,, tout rappelle une grossesse ectopique banale ; il s'agit de cas opérés précocement pour rupture tubaire. L'utérus n'étant pas nettement augmenté de volume à l'opération, l'avortement qui fait suite ou précède la laparotomie passe inaperçu. L'œuf utérin est considéré comme une caduque expulsée pendant la grossesse tubaire, la réaction déciduale étant la même au cours de la gestation extra-utérine que dans la gestation normale tant que le fœtus est vivant.

En d'autres circonstances, la grossesse extra-utérine n'est pas soupçonnée. En effet, un grand nombre d'entre elles ne sont jamais opérées et disparaissent spontanément par résorption. Elles peuvent cependant laisser quelques vestiges qui persistent assez longtemps ; ils sont représentés par quelques villosités choriales, hyalines ou fibreuses et quelques pigments sanguins, dans la muqueuse tubaire. Dans d'autres cas, plus rares, la grossesse ectopique disparaît par transformation en lithopédion que l'on peut retrouver bien longtemps plus tard.

Enfin, inversement, on peur prendre pour un avor-

tement utérin le rejet de la caduque hypertrophiée du fait de la grossesse extra-utérine. Dans un cas de grossesse ectopique simple, relaté récemment par Laurentie à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse, le diagnostic fut fait de grossesse utérine et kyste de l'ovaire concomitant : Un volumineux pseudoplacenta dut être extrait, mais on ne trouva ni embryon utérin, ni membranes. Si le médecin n'a pas vu le début des accidents, il peut prendre l'expulsion du pseudoplacenta comme la dernière phase d'un avortement.

En réalité, dans un grand nombre de cas rapportés, sous la rubrique grossesse double extra et intra-utérine simultanée, le doute subsiste. Par exemple, dans celui de Rouvier publié dans « Bull. Soc. obst. et gyn. », Paris 1914, et rapporté comme grossesse extra et intra-utérine combinée, guérie sans opération. Le diagnostic semble avoir été fait d'après le développement d'une tumeur fluctuante derrière l'utérus avec quelques pertes rougeâtres chez une femme qui venait de faire un avortement. Il y aurait encore un élément d'incertitude dans les cas que nous rapportons comme dans ceux rapportés précédemment, dans le fait qu'il est rarement fait mention d'examen microscopique de la trompe ; cependant les accidents habituels de la rupture ou de l'avortement tubaire et les découvertes opératoires ne laissent qu'un léger doute quant à l'exactitude du diagnostic de grossesse extra-utérine.

La grossesse extra et intra-utérine combinée est un cas particulier de la grossesse gémellaire et de la grossesse ectopique et il peut être intéressant de rechercher la fréquenc de la première par rapport à celles-ci.

La grossesse extra-utérine simple est banale et tous les traités d'obstétrique y consacrent de longs chapitres, la grossesse double extra et intra-utérine reste une anomalie assez rare pour justifier la publication d'un nouveau cas.

Parey, le premier en 1876, tenta d'établir leur rapport de fréquence. Sa statistique porte sur 500 cas dont la moitié absolument authentiques : il trouva 22 cas où il y avait à la fois grossesse extra et intra-utérine, soit 4 ½ %, mais deux fois seulement les œufs furent fécondés en même temps, soit 4 0/00.

Von Schrenk après lui, sur un ensemble de 610 cas, rencontre 4 fois seulement la coïncidence d'une grossesse ectopique et d'une grossess normale, soit 6,6 0/00.

Weibel trouva à peu près le même rapport.

Les avis sont partagés quant à la fréquence relative de la grossesse extra et intra-utérine combinée et de la grossesse extopique bi-latérale. La majorité des auteurs, avec Budin et Tarnier, considère la première comme plus fréquente avec des rapports divers.

Parey a encore comparé la fréquence de la grossesse double qui nous occupe avec la grossesse gémellaire normale, mais il a donné des chiffres assez invraisemblables..

Ce qui est plus intéressant, c'est la proportion des grossesses gémellaires dans les antécédents des femmes présentant une grossesse double extra et intra-utérine. Sur 286 cas, cette particularité est rapportés 6 fois, soit dans 2 % des cas environ, alors que dans la grossesse utérine normale, la gémellité n'existe qu'1 fois sur 100. Il n'est d'ailleurs pas douteux que ce taux serait très supérieur, si les observations étaient plus explicites à ce sujet. Il est aussi intéressant de constater avec Neugebauer que dans un nombre assez important de cas (2 fois sur 42 dans nos observations), la grossesse combinée qui nous occupe est triple, soit qu'il y ait deux fœtus utérins et un tubaire comme dans le cas de Furniss ou deux tubaires et un utérin comme dans le cas de Duponchel.

En résumé, les grossesses extra et intra-utérines sont

encore trop clairsemées dans la littérature obstétricale pour qu'il soit possible de donner un taux exact de sa fréquence par rapport aux différentes grossesses anormales. Un fait paraît certain : sa fréquence plus grande chez les femmes ayant une tendance à la gémellité.

ÉTIOLOGIE

La grossesse double extra et intra-utérine participant de la grossesse gémellaire et de la grossesse ectopique simple, ses causes auront avec celles de ces dernières certaines analogies.

Comme dans la grossesse ectopique l'âge de la femme paraît n'avoir qu'une importance relative, le maximum de fréquence étant toutefois de 25 à 35 ans. Dans la plupart des cas, il s'agit de femmes en pleine activité génitale ; quelques-unes sont de grandes multipares, d'autres par contre en sont à la première grossesse. La stérilité relative ne semble pas être un facteur dans la production de cette anomalie.

En général, les auteurs donnent peu de renseignements sur les antécédents pathologiques génitaux des malades. Souvent les grossesses antérieures ont été normales et à terme et les manœuvres obstétricales ne paraissent pas plus fréquentes, chez ces femmes. Assez fréquemment, toutefois, nous trouvons dans leur histoire des accouchements prématurés et des avortements, parfois répétés.

Lorsque les auteurs précisent les antécédents pathologiques, relatifs à l'utérus et aux annexes, d'aucuns insistent sur l'intégrité de l'appareil génital jusqu'aux accidents immédiats ; d'autres, dans les observations les plus récentes, signalent des lésions inflammatoires annexielles,

avec une assez grande fréquence. C'est le cas de notre observation personnelle.

Les causes qui déterminent cette grossesse anormale comme celles de la grossesse ectopique simple sont encore inconnues. La principale cause de la grossesse extra-utérine est le retard entre le premier stade de développement de l'œuf et son arrivée dans l'utérus. En six à douze jours, l'œuf se divisant passe du stade morula au stade blastula ; à ce moment, les propriétés corrosives de ces cellules superficielles peuvent le fixer n'importe où. D'après Falk (The American Journal of obst. and gyn., 1928), dans un très grand nombre de cas de grossesses ectopiques, il y aurait infection légère de la trompe et production de pseudo-glandes ou salpingite folliculaire ; la fréquence de la grossesse ectopique correspondrait au point de la trompe où la transformation folliculaire est la plus fréquente et cette salpingite serait le facteur étiologique, dans 90 à 95 % des cas. C'est la théorie de Weit qui donne à la gestation ectopique, pour point de départ, une altération inflammatoire.

Par contre, d'après Webster, les nidations anormales de l'œuf seraient seraient des phénomènes ataviques consistant en une réaction déciduale de la trompe, semblable à celle qui survient chez les animaux inférieurs où il n'y a aucune différence entre les trompes et l'utérus, dans ce sens. La coexistence de gestations multiples dans les gestations ectopiques, la fréquence des monstruosités, ainsi que certains faits ataviques considérés longtemps comme causes de gestations ectopiques, tels que le gros volume de l'œuf, l'écourtement du temps de nidation, sont en faveur de cette théorie. La théorie de Freund, elle-même, qui considère comme cause de ces gestations l'existence d'un appareil génital infantile, s'accorde parfaitement avec celle de Webster.

Sans doute, les salpingites anciennes, les inflammations tubaires, la desquamation de l'épithélium et la perte de ses cils, le rétrécissement de l'ostium-utérinum sont cités comme causes communes de grossesse ectopique ; fréquemment, cependant, la trompe est intacte et, peut-être, doit-on invoquer certaines prédispositions anatomiques, puisque les récidives ne sont pas rares : c'est la Théorie de Jayle, la trompe présenterait des diverticules parallèles à elle-même, où l'ovule s'engagerait et serait arrêté.

De même que dans la grossesse gémellaire normale, on constate chez les femmes ayant présenté une grossesse extra et intra-utérine combinée, une tendance personnelle et une prédisposition héréditaire très nette à la gémellité. Dans un bon nombre de cas, on relève des grossesses multiples, soit dans l'histoire antérieure de la malade, soit dans ses antécédents familiaux, personnels ou conjugaux. Nous pouvons donc admettre la grossesse extra et intra-utérine combinée comme une grossesse gémellaire et considérer plusieurs cas :

1° On peut admettre théoriquement que la grossesse extra-utérine s'est développée alors que la gestation utérine existait déjà. Cette superimprégnation tardive reste possible, tant que les caduques ovulaire et utérine du premier œuf ne s'opposent pas, par leur fusion, au passage des spermatozoïdes, c'est-à-dire dans les trois ou quatre premiers mois. Il sera évidemment plus difficile d'établir la superfœtation, dans ce cas, que dans le cas de grossesse multiple utérine simple dans laquelle des différences marquées par le développement du fœtus ne permettent pas de conclure à cet égard. En cas de grossesse extra et intra-utérine combinée, de telles constatations seront naturellement plus qu'inutiles.

La présence d'une grossesse utérine suivant à un intervalle de temps plus ou moins bref, mais nettement distinct,

une grossesse ectopique, n'a été établie dans aucun cas. Les observations de Potéenko citées par Dupouy et Barrio et celle d'Angeli que nous relatons sont incertaines à cet égard. Des cas ont été rapportés où la présence d'un lithopédion tubaire, parfois vieux de trente ans, a été reconnue concurremment avec une grossesse utérine. Dans ce cas, l'arrêt de l'ovulation n'existe pas, il n'y a pas de raison qui empêche la fécondation. Le terme de grossesse surajoutée est plus exact que celui de grossesse combinée pour désigner ces gestations.

2° Les deux grossesses sont contemporaires le plus souvent et un ovule a été arrêté dans sa migration par une cause quelconque, inflammatoire, atavique, ou purement accidentelle (contraction des trompes, congestion du bassin, etc...).

Nous citerons l'opinion originale de Barnes, reproduite par Pinard dans son article du Dictionnaire Encyclopédique. D'après cet auteur, les deux ovules fécondés, destinés à donner une grossesse gémellaire, se gêneraient mutuellement dans leur traversée de la trompe.

Pour Cantwell (New-York med. rev., 1901), l'ovule intra-utérin traverse la trompe et l'altération produite par son passage suffirait à arrêter la progression du deuxième ovule, assez longtemps pour lui permettre de se fixer avant sa migration dans la cavité utérine.

Si on considère la théorie qui veut que les animaux soient pourvus d'autant de mamelles qu'ils doivent nourrir de petits, la gestation double serait chez l'homme une manifestation atavique. La destruction de l'une des grossesses pourrait se faire à un stade avancé, comme on le voit dans les gestations doubles, ou se manifester par un simple kyste sur le placenta du survivant. La fixation d'un œuf dans la trompe arrive probablement plus souvent qu'on ne le

croit. Ceci ressort non seulement de la grande fréquence de la grossesse ectopique en général, mais aussi du fait que nombre d'entre elles passeraient inaperçues et seraient résorbées.

ÉVOLUTION CLINIQUE

Il est évident que la symptomatologie de cette grossesse double anormale peut présenter les plus grandes variations, le tableau clinique est presque différent suivant chaque cas. Néanmoins, on peut considérer que l'évolution est essentiellement caractérisée par le fait que la grossesse utérine ou la grossesse extra-utérine domine la scène et, sur cette distinction, on peut envisager deux grandes catégories cliniques :

I. Les cas dont l'histoire est nettement ectopique. Ils constituent la grande majorité des cas observés, comme on peut le voir d'après la série annexée à cette étude, la gestation utérine passe inaperçue. Cliniquement, tout se passe, en général, comme dans la grossesse ectopique simple et c'est elle qui présente les premiers sympômes, à cause de sa tendance à la rupture ou à l'avortement tubaire précoce. Pour cette raison encore, la majeure partie des cas de grossesse extra et intra-utérine simultanée se termine à ce stade ; la grossesse tubaire est opérée, sans diagnostic complet. Suivant son développement, la gestation utérine est ou n'est pas reconnue. L'attention du chirurgien peut n'être pas attirée vers la concomitance de la grossesse utérine et ectopique, attendu qu'il est rare que la grossesse tubaire dépasse le troisième ou le quatrième mois. Cette erreur n'est toutefois admissible qu'au cours du deuxième ou du troisième mois.

En général, on constate une courte période d'aménorrhée, parfois une gêne dans le bas-ventre, de l'abattement, quelques coliques ; le pouls rapide, les nausées ont été souvent signalés. Mais les deux grands symptômes qui apparaissent dès le début et obligent la femme à consulter, ce sont les pertes sanguines et la douleur du côté atteint.

Le signe le plus constant est la douleur ; elle siège dans le bas-ventre, dans l'une ou l'autre des fosses iliaques. Son intensité est très variable ; parfois la femme a ressenti des douleurs sourdes, abdominales, localisées ou s'irradiant vers les lombes et les cuisses ou quelquefois au pourtour de l'anus. Parfois, au contraire, l'irradiation se fait vers le thorax et les seins, les faces latérales du cou, comme dans l'observation que nous rapportons. Ces douleurs viennent uniquement de la grossesse extra-utérine et sont dues à l'expansion de la trompe, sous l'influence du développement de l'œuf. Elles sont souvent à type de coliques, parfois les douleurs rappellent celles des coliques salpingiennes ou sont intermittentes et font penser à des contractions utérines, lors d'une menace d'avortement.

Quelquefois, au contraire, la douleur apparaît subitement ; la femme qui, jusque-là, se croyait enceinte et était en parfaite santé, est prise tout à coup d'une douleur vive, en coup de couteau, avec sensation de torsion dans l'une ou l'autre des fosses iliaques. Cette douleur s'accompagne souvent d'un état demi-syncopal ou perte de connaissance complète, sensation de mort imminente, vomissements alimentaires ou bilieux, pouls petit, rapide. En général, cet état se dissipe, mais se renouvelle dans un temps plus ou moins rapproché. Ces douleurs abdominales, à début brusque, paraissent correspondre à l'interruption de la grossesse tubaire et s'accompagnent souvent d'hémorragies plus ou moins abondantes.

Le plus communément, ces symptômes apparaissent en-

tre la quatrième et la cinquième semaine de la gestation. La douleur est un signe presque constant. Les crises douloureuses peuvent ou non s'accompagner d'hémorragie ; parfois cette hémorragie est interne et se fait dans le sac fœtal ; d'autres fois, elle est vaginale et généralement plus abondante que dans une grossesse ectopique simple.

Cette perte sanguine est le second grand symptôme, au cours de l'évolution de cette affection. Son aspect clinique est très variable ; cependant, alors que l'hémorragie externe, dans la grossesse ectopique simple, est très légère, dans 75 % des cas, et hors de proportion avec la douleur, dans le cas de grossesse extra et intra-utérine l'écoulement sanguin est plus considérable et l'erreur est possible avec l'avortement. L'hémorragie peut s'arrêter ou continuer un temps plus ou moins long ; la forte hémorragie du début, qui oblige la femme à garder le lit, coïncide avec l'interruption de la grossesse ectopique ou de la grossesse utérine, parfois des deux.

L'inondation péritonéale est rare d'emblée, parfois la grossesse extra-utérine peut ainsi s'arrêter et ne donner lieu à l'hémorragie cataclysmique qu'au moment de la poussée menstruelle physiologique.

Le processus menstruel serait intéressant, dans ces cas de grossesse extra et intra-utérine combinée ; malheureusement, un petit nombre d'auteurs donnent une histoire menstruelle satisfaisante de leur malade. Dans la grossesse tubaire simple, il est probable, d'après l'évolution clinique, que l'hémorragie vaginale coïncide avec la mort de l'embryon et les grossesses tubaires où il n'y a pas hémorragie sont celles où le fœtus est vivant. Donc, lorsque l'hémorragie est absente, il semble que pour le moins un des deux embryons est encore vivant et exerce son influence conservatrice sur la déciduale utérine, empêchant le saignement. Dans un bon nombre de cas, on a ce tableau

clinique, la malade présente tous les symptômes de rupture tubaire avec anémie aiguë, sans hémorragie externe, mais dans d'autres, des pertes sanguines sont notées, alors que le fœtus utérin est vivant ; il est possible, qu'à ce moment, la mort d'un fœtus, l'ectopique en général, suffise à empêcher l'influence du survivant.

L'hémorragie abondante et l'absence d'hémorragie externe ne sont pas les seuls cas qui se présentent. Très souvent, les métrorragies apparaissent au début de la grossesse, sans interruption des règles, plus ou moins irrégulières, abondantes, mais n'ont pas, par leur durée, leur qualité, le type de véritable écoulement menstruel. Ces écoulements qui simulent les règles sont l'apanage des grossesses extra-utérines, leur signification n'est pas grave, mais ils doivent attirer l'attention du médecin, d'autant plus qu'ils s'accompagnent souvent de sensations douloureuses.

L'inspection et le palper ne donnent pas de renseignements, c'est seulement le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, qui permet dans la majorité des cas de percevoir, à côté d'un utérus augmenté, une tuméfaction annexielle de volume plus ou moins considérable. La constatation de cette tumeur à côté de l'utérus, tumeur plus ou moins sensible, en arrière et à droite ou à gauche de cet organe, rénitante, plus ou moins fixe et sans caractères spéciaux, permet, avec les symptômes énumérés déjà, de faire souvent le diagnostic de grossesse ectopique. Si l'utérus est anormalement distendu, le col très ramolli, si les métrorragies ont été très abondantes, on pourrait soupçonner la coexistence de la grossesse utérine. En fait, cette idée vient très rarement parce que la tumeur n'a rien de spécial et que les grossesses simultanées qui nous occupent sont assez rares. Si l'utérus est nettement gravide, on pense plutôt à un kyste de l'ovaire concomitant. En fait, dans

les observations récentes, ces grossesses combinées, à type ectopique, sont opérées en général avec le diagnostic de grossesses extra-utérines et la gestation utérine est reconnue, à la laparotomie, par l'augmentation insolite du volume de l'utérus. Plus souvent encore, la gestation normale n'est suspectée que beaucoup plus tard ou lorsqu'un avortement est intervenu, ce qui est fréquent.

II. La grossesse utérine peut dominer le tableau clinique. Ce n'est que lorsque la grossesse tubaire a dépassé les premiers mois, comme nous l'avons vu, que l'accroissement synchrone de la grossesse utérine peut la faire reconnaître. Il y a un bon nombre de cas où, en dépit de la rupture tubaire, la gestation utérine va jusqu'à terme. Parfois, la grossesse tubaire reste méconnue et se termine par la résorption, si elle est interrompue à son début. A un stade plus avancée, la grossesse tubaire peut se terminer par la macération, la momification ou la transformation du fœtus en lithopédion, qui peut être retenu très longtemps.

La symptomatologie est très variable dans ce cas, suivant le volume de la tumeur annexielle et l'âge de la grossesse. Les douleurs occasionnées par la grossesse ectopique sont plus ou moins vives. Elles paraissent être dues aux tiraillements produits par les adhérences contractées sur l'intestin et les organes voisins. La tuméfaction peut donner en outre des phénomènes de compression, constipation, dysurie, œdème. On peut observer des métrorragies irrégulières. En même temps que ces phénomènes, la femme constate que son ventre grossit d'une façon anormale qui ne correspond pas à l'âge présumé de la grossesse. Si le fœtus extra-utérin a succombé, le volume du ventre diminue après cet accroissement inusité.

Au toucher vaginal combiné, la constatation de cette tumeur à côté de l'utérus, plus ou moins distincte de lui, doit faire penser à la possibilité d'une grossesse ectopique,

mais elle peut être prise aussi bien pour une tumeur de l'ovaire ou de l'utérus lui-même. Les cas sont exceptionnels où on peut, à la palpation, reconnaître, dans cette tumeur, les parties fœtales. Dans le cas récent de de Aranjo, il a constaté à l'accouchement, où le diagnostic paraît cependant plus facile, et après des examens successifs, une tumeur voisine de l'utérus, cause de dystocie et rappelant une tête de fœtus.

Ce qui met en évidence la coïncidence des deux grossesses, c'est leur évolution et principalement leur terminaison. Nous allons envisager les différentes éventualités qui peuvent se produire dans cette évolution, car on pourra en tirer des conclusions au point de vue de la conduite à tenir.

La grossesse double évolue et se termine de façon très variable. Tout d'abord, il semble intéressant de rechercher l'influence réciproque des deux grossesses extra et intra-utérines. La symptomatologie nous a conduits à indiquer les incidents habituels qui, à une époque variable, viennent troubler l'évolution de la grossesse double qui nous occupe. Il est rare que les deux fœtus arrivent ensemble vivants au terme de leur développement (3 % des cas).

Dans 12 % des cas, la grossesse utérine est interrompue la première. Dans 14 % des cas, la cessation des deux grossesses semble s'être produite en même temps. Dans les autres cas, la grossesse ectopique est interrompue la première.

Il est exceptionnel que la grossesse ectopique continue évoluer, lorsque le fœtus utérin a été expulsé. Le fœtus utérin peut aller à terme, indépendamment du fœtus ectopique, dans 33 % des cas; enfin le fœtus extra-utérin peut lui-même arriver à terme dans 10 % des cas, mais il n'était vivant que dans 3 % des cas.

La grossesse extra-utérine est interrompue spontanément à cause de sa tendance à la rupture ou à l'avortement tubaire, ou par une intervention. D'après Wertheim, la rupture de la grossesse ectopique ne se produit pas plus souvent que dans les cas de grossesse extra-utérine simple ; il établit qu'il y a indépendance dans le développement des deux fœtus qui peuvent cependant s'influencer réciproquement, un trouble de l'un pouvant modifier l'évolution de l'autre.

Le fœtus ectopique peut succomber à tout âge de son évolution ; le plus fréquemment, la rupture a lieu vers le deuxième ou le troisième mois.

Les causes d'interruption de la grossesse intra-utérine sont variables. L'avortement peut être provoqué, mais généralement l'interruption a lieu spontanément et doit être en grande partie imputée à l'existence de la grossesse ectopique, provoquant sur l'utérus une irritation de voisinage. Mais la plupart du temps c'est la rupture de la trompe qui paraît déclencher l'avortement utérin, par suite de l'existence fréquente d'un faux travail dû à l'interruption de la grossesse ectopique ; il est de règle que cette rupture soit suivie, dans un délai très rapproché, de l'évacuation de l'utérus. L'action réflexe sur l'utérus peut aussi être due au développement progressif de la tumeur annexielle et enfin elle peut résulter de l'intervention pratiquée à l'occasion de la rupture du kyste fœtal qui, concurremment avec le processus tubaire, peut expliquer l'expulsion de l'œuf utérin, dans les jours qui suivent.

Il est difficile de préciser l'époque de la mort du fœtus intra-utérin, les observations ne le mentionnent pas toujours. Elle varie de quelques semaines à plusieurs mois et fréquemment, la mort est contemporaine de celle du fœtus extra-utérin et se produit vers le deuxième ou le troisième mois ; néanmoins on peut observer des accouchements pré-

maturés après quatre mois et demi sans qu'une intervention puisse être mise en cause.

Mathieu, à la suite de l'observation de Page et Ferey que nous relatons, invoque une autre cause d'interruption de la grossesse utérine, que nous ne pouvons vérifier à cause du peu de comptes rendus opératoires donnant l'indication de la répartition des corps jaunes sur les ovaires des femmes opérées de grossesse tubaire combinée à une grossesse utérine. D'abord il considère l'accouchement normal du fœtus utérin dans la grossesse extra et intra-utérine comme une rareté, alors que nous l'avons trouvé signalé dans les nombreuses observations rapportées par Neugebauer et dans les cas que nous avons résumés dans une proportion de 33 %. Il pense que la conservation de l'ovaire, porteur d'un corps jaune réecnt, n'a pas été étrangère à la bonne continuation de la grossesse utérine dans le cas de Page et Ferey, et insiste sur l'importance de la conservation d'un tel ovaire. D'après les expériences de Léo Lœb, le corp jaune a pour rôle en effet de rendre la muqueuse utérine apte à former le tissu décidual qui conditionne l'adaptation de cette muqueuse à la fonction gestative. La question des rapports du corps jaune et de la grossesse est encore très controversée ; après un certain âge, la grossesse n'est plus influencée par l'ablation ou la destruction du corps jaune et on a publié un certain nombre d'observations où la grossesse a pu continuer à évoluer, bien que la castration ovarienne ait été pratiquée avant la septième semaine. Nous ne croyons pas que l'étude de la grossesse extra et intra-utérine simultanée permette jusqu'ici d'apporter des éléments nouveaux à cette étude de l'action du corps jaune sur la gestation. L'ovariectomie, indépendamment du traumatisme de l'intervention, a-t-elle été en cause dans un certain nombre d'avortements post-opératoires ? Nous ne savons que penser à ce sujet,

mais pour que cette raison puisse être invoquée dans l'interruption de la grossesse utérine, il faut que la rupture tubaire soit précoce, ce qui est souvent réalisé, et surtout, que l'intervention enlève les deux corps jaunes, c'est-à-dire que ceux-ci soient tous deux sur l'ovaire qui subit la castration.

Quand l'avortement utérin survient le premier, la grossesse utérine peut être influencée de façon diverse, mais l'arrêt est la règle, la continuation, l'exception. Cette éventualité est généralement grave pour la mère; d'après Auvray, la mortalité serait de 27,5 %. Les malades meurent par hémorragie interne causée par la rupture de la grossesse ectopique, plus rarement par l'hémorragie utérine abondante et persistante de l'avortement. Quelquefois, cet avortement est suivi immédiatement de la rupture de la trompe, souvent la rupture se produit après un intervalle de quelques semaines. Dans ces cas, l'interruption est due, soit à des troubles de la circulation, soit à des causes purement mécaniques.

Il est un groupe assez restreint de grossesses extra et intra-utérines combinées qui vont jusqu'à terme et se terminent par la naissance de deux enfants vivants. Une intervention est naturellement dans ce cas toujours nécessaire pour l'enfant extra-utérin et souvent aussi pour l'utérin. Sur 286 cas, cette éventualité s'est produite neuf fois (Chrobak, Moore et Sale, Strathy, Wilson, Milles, Rumford, Bogdanovics, Du Bose, de Aranjo). Le cas de Du Bose est typique; sa malade, une négresse de 35 ans, donne naissance à un enfant; la sage-femme reconnaît alors la présence d'un second enfant qu'elle ne peut extraire et appelle le médecin. Le second enfant est extrait par laparotomie, d'un sac volumineux, situé à droite. Nebesky (Gynoek Runschau, 1911) rapporte un cas où le fœtus extra-utérin, extrait au septième mois, succomba après trente minutes.

Un autre groupe plus considérable est celui où les deux grossesses vont jusqu'à terme, avec accouchement du fœtus utérin, le fœtus ectopique n'étant extrait que beaucoup plus tard ou évacué de façon quelconque, par le rectum ou par le vagin. Une observation intéressante est celle de Royster que nous résumons et où l'enfant extra-utérin était encore vivant lors de l'accouchement de l'enfant utérin. L'intervention ne fut décidée que vingt-trois jours plus tard, alors que le fœtus extra-utérin avait succombé depuis longtemps.

En résumé, la grossesse ectopique est très souvent interrompue et généralement suivie de l'avortement utérin. Dans un tiers des cas cependant, une grossesse est interrompue, presque toujours l'ectopique, et l'autre continue jusqu'à terme, malgré les opérations pratiquées lors de la rupture tubaire. Enfin, il est des cas où les deux grossesses se développent jusqu'à terme ou au voisinage du terme. Ce fait se produit dans 11 % des cas ; ce chiffre est très élevé si on le compare avec le nombre de grossesses extra-utérines simples, arrivées à terme. Pour expliquer ce phénomène, Christer Nillson cite l'opinion de Engstrôm, d'après qui cet état anormal produirait une congestion intense qui placerait le fœtus ectopique dans de meilleures conditions de nutrition.

Evidemment, l'évolution des deux fœtus ou de l'un d'entre eux peut être arrêtée par la mort de la mère, soit qu'elle succombe à une hémorragie foudroyante, soit qu'elle meure des suites de l'opération, de péritonite et septicémie.

DIAGNOSTIC

Il est important de savoir que la constatation d'un utérus gravide dont le volume correspond à l'âge présumé de la grossesse n'exclut pas la possibilité d'une grossesse ectopique concomitante.

Peut-on faire le diagnostic de grossesse extra et intra-utérine combinée?

Pour la première série de 171 cas de Neugebauer, le diagnostic avait été fait avant l'opération ou l'accouchement dans 7 cas seulement (4 %). Dans la deuxième série de 73 cas, un diagnostic correct fut fait 8 fois (10,8 %). Parmi les 42 cas que nous avons rassemblés, le diagnostic fut fait dans 3 cas (7 %). Le progrès est donc tout relatif à cet égard, malgré le nombre de cas déjà publiés. Le diagnostic est donc possible, mais très rarement fait à une époque précoce; il n'est d'ailleurs que soupçonné dans les premiers mois.

La coexistence des deux grossesses est souvent reconnue par le chirurgien, surpris ou prévenu, à l'occasion ne la laparotomie qui suit les accidents dus à la grossesse extra-utérine. Plus souvent le diagnostic est fait par l'évolution du fœtus restant, fœtus utérin ou plus rarement ectopique, après le premier accident de rupture tubaire ou avortement utérin.

La difficulté de poser un diagnostic est en raison inverse

de l'âge de la grossesse. Or, la grossesse ectopique étant interrompue pendant les premiers mois, dans 80 % des cas, ce diagnostic sera rarement aisé, s'il n'y a pas d'accidents intercurrents. Les signes de la grossesse intra et extra-utérine combinée sont à cette époque des plus variables et l'erreur commune est de méconnaître la grossesse utérine, attendu que c'est la grossesse ectopique qui donne les symptômes caractéristiques et souvent alarmants.

Nous envisagerons d'abord le diagnostic de la grossesse double combinée, en l'absence d'accidents qui doivent en modifier l'évolution et nous considérerons la possibilité du diagnostic, avant et après quatre mois et demi.

Dans la première moitié de la grossesse, le diagnostic sera fait généralement de gestation ectopique ou parfois de gestation utérine simple, par la constatation des signes généraux habituels de la grossesse. Les cas sont nombreux où le diagnostic de grossesse ectopique est posé dès le début, mais il y a lieu de remarquer que ce diagnostic est bien difficile dans certains cas et n'est fait souvent qu'à l'occasion de la rupture tubaire. En effet, nous avons vu que l'on relève souvent chez les femmes, présentant des grossesses ectopiques, des antécédents de salpingo-ovarite. La grossesse ectopique offre au début les mêmes symptômes, elle s'en distinguera par son développement régulier, la tension de la masse presque au voisinage de l'utérus, sa vive sensibilité, par l'augmentation concomitante du volume de l'utérus, et surtout par la coexistence des signes de grossesse. D'autre part, l'erreur est d'autant plus facile à commettre, entre la grossesse ectopique simple et la grossesse extra et intra-utérine, que les symptômes sont, au début, extrêmement voisins Dans les deux cas, on constate souvent une courte période d'aménorrhée et les phénomènes généraux sympathiques de la grossesse. L'utérus est hypertrophié, se ramollit, se congestionne. Dans la gros-

sesse ectopique, le col utérin présente également un léger degré de ramollissement. Le volume de l'utérus, difficile à déterminer du reste, sa consistance ainsi que celle du col sont naturellement attribués à la grossesse ectopique et rien ne permet de soupçonner l'existence d'une grossesse utérine. Toutefois l'utérus, dans la grossesse ectopique simple, ne dépasse jamais le volume d'un utérus gravide de deux à trois mois, même si la grossesse reste jusqu'à terme; l'augmentation de volume de l'utérus, notée dans la grossesse extra-utérine simple, tout au début, est souvent appréciable, mais rarement remarquable. Cette hypertrophie et le ramollissement de l'utérus ne sont pas comparables, s'ils sont dus à la grossesse ectopique simple ou à la grossesse utérine. Dans les observations que nous citons, Gibson fit le diagnostic exact, à deux mois environ, parce que « il n'avait jamais remarqué un ramollissement de l'utérus suffisant pour donner une sensation kystique, ni une augmentation aussi marquée de l'utérus, dans un cas de grossesse tubaire ». Quoi qu'il en soit, il faut être prévenu pour songer à la grossesse extra et intra-utérine, sur ces indices.

Si on répète l'examen, à quelques semaines d'intervalle, on constate, dans la grossesse double, que la tumeur ectopique et l'utérus évoluent parallèlement, alors qu'en cas de gestation extra-utérine simple, la tumeur annexielle se développe beaucoup plus rapidement, les apparences de gravidité utérine peuvent même rétrocéder. Mais comme nous l'avons vu, cette constatation ne sera possible que dans un petit nombre de cas, la rupture ou l'avortement utérin étant intervenus.

Certains auteurs ont préconisé, pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine, le cathétérisme utérin, le curettage explorateur. Outre que ces manœuvres ne permettent pas toujours de distinguer une muqueuse enflammée d'une

caduque utérine de grossesse ectopique, on doit toujours, étant donnée la possibilité de coïncidence d'une grossesse utérine, s'en garder soigneusement. Dans le cas de Keyes, le curettage explorateur causa une hémorragie abondante et l'expulsion d'un œuf qui avait pourtant une chance sur trois d'aller jusqu'à terme. De même, dans un cas de Novak, on note une hémorragie abondante, grave pour la mère.

Dans un certain nombre de cas, les symptômes font penser à une grossesse normale simple, au début, et la grossesse ectopique reste méconnue. En même temps, on s'aperçoit de la présence, à côté de l'utérus, d'une tumeur douloureuse, située en arrière, à droite ou à gauche de cet organe, rénitente, mobile ou plus ou moins fixe. Plusieurs hypothèses sont possibles et le diagnostic est fait de grossesse utérine compliquée de salpingo-ovarite, de fibro-myome, plus souvent de kyste de l'ovaire, parfois d'appendicite. L'évolution progressive et rapide de la tumeur, l'absence de fièvre doivent faire songer à la grossesse ectopique, surtout si on a constaté, en même temps, des hémorragies vaginales.

Dans la deuxième moitié de la grossesse, l'abdomen présente un développement anormal, supérieur à celui correspondant habituellement à l'âge présumé de la grossesse, qui pousse la femme à consulter. Le diagnostic peut alors être fait par la constatation des signes fœtaux. Le palper et le toucher combinés permettront de reconnaître, dans ce cas, une tumeur indépendante qui repousse le globe utérin, du côté opposé. Au niveau de la tumeur irrégulière, on sentira les parties fœtales du fœtus ectopique, très superficielles. On constatera aussi la présence de deux foyers d'auscultation cardiaque. L'erreur est possible avec une grossesse gémellaire normale.

Enfin voyons le cas où un accident survient : l'une ou

l'autre des deux grossesses est interrompue. Dans la rupture tubaire, comme l'examen est pratiqué alors que la caduque utérine a été expulsée, l'utérus ne présente pas une augmentation de volume appréciable. Si donc on constate une notable augmentation du volume de l'utérus, dans un cas qui, d'autre part, fait penser à la grossesse ectopique, on pourra supposer la coexistence d'une grossesse utérine : *a fortiori,* si on ne constate pas d'hémorragie externe.

L'hémorragie vaginale de la grossesse ectopique est généralement légère, de sorte que si une hémorragie profuse se manifeste, on pourra penser à un avortement utérin, associé au processus ectopique.

On peut avoir le tableau d'une grossesse utérine présentant des symptômes alarmants qui attirent l'attention sur l'un des côtés du bassin. Le diagnostic différentiel sera naturellement difficile et devra être fait, en particulier, avec une appendicite ou une torsion de tumeur annexielle. Si on constate en outre des signes d'hémorragie, on pourra affirmer la présence de la grossesse ectopique rompue.

Si le fœtus utérin est expulsé prématurément, la femme continue à avoir des hémorragies abondantes et des douleurs abdominales : le toucher fait percevoir la présence d'une tumeur, à côté de l'utérus. L'intervention s'impose et on constate, à la laparotomie, la présence d'une trompe gravide.

En résumé, nous pensons, qu'en dehors d'un accident dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, le diagnostic de la coexistence est très délicat. Si une rupture tubaire se produit, ce diagnostic suffira à éviter tout désastre, dès qu'on s'abstient du curettage explorateur. L'opération étant de règle, on constatera la gravidité de l'utérus à la laparotomie ou plus tard. Toutefois il est intéressant, si la grossesse utérine est reconnue la première,

de réunir des présomptions en faveur de la grosessse extra-utérine et d'éviter, par exemple, le diagnostic d'appendicite, car il ne sera pas toujours possible, par une incision de la fosse iliaque droite, de conduire l'intervention de façon satisfaisante et l'opérateur devra souvent pratiquer une laparotomie secondaire.

Si la grossesse utérine est interrompue la première, la persistance et l'abondance de l'hémorragie, les signes d'hémorragie interne aideront à faire un diagnostic précieux, car la vie de la mère est en danger. Après le cinquième mois, le diagnostic sera plus facile. En tous cas, il est nécessaire d'être prévenu de la possibilité de la coexistence de la grossesse extra et intra-utérine qui est assez fréquente pour mériter quelques considérations sur les différentes éventualités diagnostiques qu'elle peut présenter.

TRAITEMENT

Au cours de toute grossesse, la préoccupation du médecin doit être de sauvegarder à la fois la vie de la mère et celle du ou des enfants. Si ces deux aspirations sont incompatibles, il aura à résoudre souvent des problèmes délicats sur l'opportunité d'une intervention opératoire, problèmes qui peuvent être aussi bien d'ordre psychologique et social que d'ordre médical. De l'étude clinique de la grossesse extra et intra-utérine simultanée, nous croyons pouvoir tirer une ligne de conduite univoque, au moins dans les premiers mois de la grossesse. Quoique le fœtus ectopique aille un peu plus souvent à terme que dans la grossesse ectopique simple, l'imminence et la gravité des dangers que court la mère font que l'on doit poser en principe la conservation de la vie de la mère avant celle des enfants. Toute grossesse combinée, diagnostiquée, devra être opérée sans tarder.

Quelle sera l'intervention pratiquée? La technique opératoire ne diffère pas de celle employée dans la grossesse ectopique simple et on fera une laparatomie suivie de l'ablation de la trompe, à moins qu'elle ne soit intacte comme dans certains avortements tubaires. Certaines observations, lorsqu'il existe des lésions de l'utérus ou des annexes du côté opposé, mentionnent une hystérectomie subtotale; le diagnostic de grossesse double n'avait pas été posé, mais, lorsqu'il aura été fait, on s'abstiendra non seu-

lement de cette mutilation, mais de toute manœuvre sur l'utérus. En l'absence de toute infection, on ne saurait considérer l'hystérectomie subtotale justifiée par le fait des récidives relativement fréquentes de grossesse tubaire.

Doit-on laisser l'ovaire et enlever la trompe, lorsque cela est possible, comme le pense Mathieu? Nous sommes perplexes à ce sujet, mais alors il faudrait, le diagnostic étant souvent hésitant quant à la grossesse utérine, le laisser dans toutes les grossesses tubaires opérées précocement. D'autre part, l'ablation ne risque d'être fâcheuse que lorsque l'ovaire intéressé porte les deux corps jaunes: dans le cas de Mac Farlane, chaque ovaire en portait un, dans le cas de Novak, l'ovaire enlevé en portait un seul.

Cette conduite sera opportune jusqu'à fin du sixième mois. Supposons que la grossesse a dépassé ce stade sans encombres et que le diagnostic est alors posé. Plusieurs cas peuvent se présenter:

1° La grossesse intra-utérine évolue normalement, la grossesse ectopique est interrompue, le fœtus mort. Zinke et Bichat remettent l'opération après l'accouchement. Simpson recommande la laparotomie aussitôt le diagnostic posé. Si le kyste fœtal reste bien toléré, on pourrait attendre en exerçant une étroite surveillance, mais la suppuration du sac et sa rupture sont toujours à craindre. L'intervention est généralement sans influence nocive sur la grossesse et doit être pratiquée.

2° Les deux fœtus se développent parallèlement jusqu'au voisinage du terme. La grande indication est toujours de sauvegarder les jours de la mère. Mais dans toutes les observations que nous avons compulsées, ce diagnostic n'a jamais été fait avant le début du travail, l'accouchement de l'enfant utérin a toujours précédé l'extraction opératoire de l'enfant extra-utérin. En pareil cas, on

pourra attendre, malgré le danger que continue à courir la mère, et pratiquer la laparotomie dès le début du travail.

Si une rupture est survenue, on a le tableau classique de l'inondation péritonéale et de l'hématocœle rétro-utérine, l'intervention s'impose sans délai par la voie abdominale. La voie vaginale nous paraît devoir être évitée, l'hémostase étant douteuse et l'avortement utérin pouvant déclencher ultérieurement une hémorragie interne fatale; d'autre part, les manœuvres pratiquées sur l'utérus risquent de provoquer cet avortement. Si l'hématocoele est compliquée de suppuration, la colpotomie postérieure sera pratiquée, mais elle doit être limitée à ce cas. En cas de grossesse extra-utérine rompue, certains auteurs comme Brown (Annals of Surgery, 1928) laissent dans le péritoine le plus de sang possible pour obtenir sa résorption à défaut de transfusion de ce même sang citraté, alors qu'Aigrot (Soc. chir. Lyon, 1924) recommande, à propos de quatre cas de grossesse tubaire double bilatérale, d'assécher le péritoine complètement, chaque fois que cela est possible. Nous préférons, *a priori*, l'assèchement dans le cas qui nous occupe, car, à la suite de l'avortement utérin fréquent, on peut craindre l'infection et la formation d'une collection purulente dans le Douglas.

Si l'avortement du fœtus utérin est intervenu sans être diagnostiqué, si la femme présente des hémorragies vaginales persistantes, si on constate une tumeur latéro-utérine, Novak conseille de faire précéder la laparotomie d'un curettage explorateur fait avec précaution, de façon à éviter l'hémorragie intra-abdominale. Nous ne voyons pas bien l'utilité de cette manœuvre dans la grossesse double et elle a causé, dans le cas qu'il rapporte, une hémorragie très grave.

Avec les progrès de la chirurgie et l'intervention rapide dans les différentes éventualités, que nous avons considé-

rées, le pronostic est devenu très satisfaisant pour la mère, si on considère la gravité de cette variété de grossesse anormale. Avant 1880, correspondant à peu près au début de la période aseptique, la mortalité est voisine de 50 %. De 1880 à 1913, elle tombe à 20 %. Enfin sur les 42 cas que nous rapportons depuis cette époque, la mort de la mère ne fut constatée que quatre fois, soit dans 10 % des cas. La mère succomba : une fois de septicémie, cas de Boldt (avortement utérin complété à la curette, colpotomie) ; une fois de péritonite et de septicémie, cas de Duponchel (intervention tardive, grossesse triple) ; une fois d'hémorragie due à l'avortement, cas de Collistro ; une fois d'insuffisance hépatique, cas de Aranjo (deux fœtus à terme).

OBSERVATIONS

Observation de Claverie

(*Normand. med.*, 1913)

Femme réglée régulièrement, un enfant vivant.

20 janvier : Douleurs dans le bas-ventre, vomissements, hémorragies, pertes fétides. Gros utérus. Rien dans le Douglas.

Diagnostic : rétention placentaire.

Curettage.

12 février : Douleurs côté droit. Petite tumeur dans le Douglas.

Diagnostic de phlegmon pelvien ou hématocœle rétro-utérine. La ponction ramène du sang.

Traitement : Laparotomie, salpingectomie, des membranes sont trouvées dans le sang qui remplit le péritoine.

Observation de Weiss et Sencert

(*Bull. Societ. obst. et gyn.*, Paris 1913)

Femmes 38 ans, règles douloureuses depuis son mariage, leucorrhée abondante, un enfant de 20 mois.

Avortement à trois mois. Légère hémorragie le douzième jour et douleurs dans le bas-ventre. Phénomènes généraux marqués, anémie. Traitement médical, les symptômes d'anémie sont mis

sur le compte de l'utérus, puis diagnostic d'hématocœle rétro-utérine.

Traitement : Colpotomie. Drain en T dans le Douglas.

Mère guérie après une légère élévation thermique. Après quelque temps, la malade présente de nouveau des douleurs abdominales qui cèdent au repos et elle refuse l'opération.

Observation de P. Fabris

(*Policlin.*, Rome 1913)

Femme 26 ans, II-pare. Réglée à 14 ans. Douleurs dans les reins, intermittentes. Flux menstruel absent un mois, puis douleurs dans le côté gauche, à l'épigastre et vomissements. Abdomen augmenté. On note ensuite des douleurs lombaires qui durent vingt jours. Utérus gros, déplacé à droite et en arrière, tumeur latéro-utérine gauche. Expulsion d'un fœtus de trois mois.

Diagnostic d'utérus gravide incarcéré par fibrome. Ponction de la tumeur qui donne un liquide brun, où on trouve des hématies.

Observation de Demelin et Keim

(*Bull. Soc. obst. and gyn.*, Paris 1914)

Femme 22 ans, dernières règles le 23 septembre 1911.

Mars 1912 : Avortement d'un fœtus de 7 mois, puis faux travail. Dilatation artificielle. Puis l'abdomen diminue. Les règles réapparaissent en mai et juin.

Février 1913 : Les rayons X montrent un fœtus en état de rétention.

En mars 1914, accouchement au forceps, la grossesse utérine a 8 mois. Lithopédion de 30 mois, opération refusée par la patiente.

Observation de F. Primsar

Gynoek. Rundschau, 1914)

Femme 31 ans, vi-pare. Dernières règles en décembre. Douleurs dans le ventre, hémorragies.

Traitement : Laparotomie en janvier, utérus rétrofléchi, tumeur contenant un petit embryon. Les hémorragies continuent faibles.

Le 27 avril, expulsion d'un fœtus de 17 cm.

Observation de F. Primsar

(*Gynoek. Rundschau,* 1914)

Femme 26 ans, deux enfants. Rétention placentaire lors de deux accouchements en présentation du siège. Endo et paramétrite.

Douleurs abdominales cinq semaines après les dernières règles qui durent plusieurs semaines.

Diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Traitement : Laparotomie. Fœtus de deux mois dans la trompe droite.

Début d'avortement un mois plus tard, complété instrumentalement.

Observation de Gibson

(*Tr. Roy. Acad. m. Ireland,* 1914)

Femme, 36 ans, vi-pare. Deux fausses couches. Douleurs dans le côté droit de l'abdomen, pas d'hémorragie, utérus augmenté antéfléchi. A droite, tumeur juxta-utérine de la grosseur d'un œuf de poule, très sensible au toucher, mobile. Pas de résistance du cul-de-sac.

Ca

Diagnostic de grossesse tubaire avec grossesse extra-utérine combinée.

Traitement : salpingectomie.

Observation de Bogdanovics

(*Orvosi Létil,* 1914)

Femme 28 ans, II-pare. Une grossesse gémellaire avec deux enfants de sexe différent, terminée à huit mois. Coliques au deuxième mois. Accouchement à terme ; une heure plus tard, nouveau travail, perception de mouvements actifs. Entre à l'hôpital dix-huit jours plus tard. Diagnostic de grossesse extra-utérine, enfant vivant :

Traitement : Laparotomie. Enfant vivant, du même sexe que le premier, mort quelques instants après l'opération.

Observation de Tandberg

(*Norsk. mag. f. loegevidensk,* 1915)

Femme 29 ans, II-pare. Douleurs abdominales, hémorragie. Diagnostic de grossesse extra-utérine.

Traitement : Laparotomie.

90 jours plus tard, petite hémorragie.

Accouchement à terme.

Observation de Wd. Mac Farlane

(*Glasgow m. j.,* 1915)

Femme 29 ans. Douleurs abdominales vives à droite, hémorragies successives, anémie. Tumeur dans le Douglas semi-fluctuante. Utérus augmenté en rétroposition.

Traitement : salpingectomie droite. Un corps jaune sur chaque ovaire.

Accouchement à terme.

Observation de Du Bose

(*South m. j.*, 1915)

Femme 35 ans, VII-pare. Accouchement à terme, perception d'un second fœtus que la sage-femme ne peut extraire.

Traitement : Laparotomie, salpingectomie.

Les fœtus extra et intra-utérin vivent.

Observation de J. Heyman

(*Hygiea Stockolm*, 1915)

Femme 31 ans, deux grossesses normales. Hémorragies, anémie. Pesanteur des deux côtés. Tumeur dans le Douglas. Diagnostic de grossesse combinée ou grossesse intra-utérine compliquée d'affection abdominale : péritonite, shock, torsion d'un kyste de l'ovaire.

Traitement : salpingectomie.

Fœtus utérin : vit, à terme.

Observation de J. Heyman

(*Hygiea Stockolm*, 1915)

Femme 23 ans. Pelvi-péritonite ancienne. Crises de douleurs brusques abdominales et hémorragies. Pesanteur des deux côtés. Col fermé.

Diagnostic de rupture tubaire.

Traitement : Laparotomie.

Observation de H.-J. Boldt

(*Am. J. Obst.* 1917)

Femme 38 ans, (i-pare. Utérus à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis. Tumeur dans le Douglas. Avortement utérin complété à la curette.

Traitement : Colpotomie qui fait le diagnostic.

Mère morte de septicémie.

Observation de E. A. Sullivan

(*J. Am. Med. Ass.,* 1917)

Femme 42 ans, iii-pare. Douleurs soudaines, sensation de mort imminente. Utérus un peu augmenté. Rien dans le Douglas.

Traitement : Laparotomie.

Accouchement à terme.

Observation de Curtis

(*Surg. Gynec. and Obst.,* 1918)

Femme 33 ans. Dernières règles deux mois avant l'opération. Douleurs soudaines. Signes de grossesse. Douleurs agoniques. Pouls faible. Masse remontant à un travers de main au-dessus de la symphyse.

Traitement : Laparotomie. Utérus fibromateux. Diagnostic de grossesse utérine. Hystérectomie subtotale.

Obvesvation de Fenger

(*Ospitalstidende,* 1919)

Femme 38 ans, vii-pare. Deux fausses couches. Douleurs abdo-

minales, hémorragies, anémie. Utérus de deux mois, annexes non palpables.

Traitement : Laparotomie.

Fœtus intra-utérin : expulsé deux jours après l'opération.

OBSERVATION DE K. HORNUNG

Thesis Goëttingen, 1920

Femme I-pare, une fausse couche. Faux travail puis diminution du volume du ventre. Extraction d'un enfant utérin. Constatation d'une tumeur à gauche de l'utérus. Diagnostic de grossesse ectopique.

Traitement : Laparotomie, dix semaines plus tard.

Fœtus extra-utérin macéré.

OBSERVATION DE STROPENI

(*Ann. di Ostet. e. Ginec.*, 1921)

Femme 37 ans. Fausse couche à 1 mois. Gonorrhée. Salpingite. Douleurs brusques dans la fosse iliaque, hémorragies légères, vomissements. Tumeur dans le Douglas, utérus repoussé à droite.

Traitement : Salpingectomie.

Enfant utérin à terme.

OBSERVATION DE C. M. ROLSTON

(*Brit. m. j.*, 1921)

Femme 29 ans, multipare. Douleurs abdominales vives. Pouls rapide. Deux périodes menstruelles manquent. Masse dans la fosse iliaque gauche.

Diagnostic de grossesse tubaire.

Traitement : Laparotomie. Fœtus de six semaines mort. Utérus augmenté.

Accouchement à terme.

Observation de Taubmann

(*Société Méd.*, XIIe Arr., Paris)

Diagnostic de grossesse extra-utérine de deux mois et demi environ.

Traitement : Salpingectomie.

Fœtus intra-utérin expulsé quelques jours après l'opération.

Observations de Colistro

(*Rev. me. Uruguay,* 1922)

Dans les deux cas, avortement aux deuxième et troisième mois, hémorragie persistante. Douleurs et autres symptômes expliqués à la laparotomie.

Traitement : Laparotomie.

Mère morte dans un cas, à la suite d'une hémorragie due à l'avortement.

Dans le deuxième cas, la gestation ectopique était soupçonnée par les signes d'hémorragie interne.

Observation de Berry

(*Lancet* 1923)

Femme 26 ans, II-pare. Hémorragie, douleurs violentes un mois après les règles. Diagnostic de rupture tubaire.

Traitement : Salpingectomie gauche.

Avortement utérin deux jours plus tard.

Observation de Duponchel

(*Bull. et M. Société anatomique,* janvier 1923)

Signes d'hémorragie interne au deuxième mois d'une grossesse. Diagnostic de rupture tubaire.

Traitement : Laparotomie, alors qu'il existe déjà des signes de pelvi-péritonite. Le kyste fœtal renferme deux embryons.

Avortement en un temps quatre jours après l'opération.

Mère morte six jours après l'intervention de péronite et septicémie.

Observation de Auvray et Delater

(*B. et M. Soc. anat.,* Paris, juin 1923)

Femme 34 ans, deux grossesses antérieures, métrite. Dernières règles, le 6 septembre.

En octobre, douleurs dans le bas-ventre, à gauche, irradiant à l'anus. Le repos fait cesser les douleurs, quelques saignements.

Le 20 octobre, nouvelle crise. Tumeur de la grosseur d'une orange dans le cul-de-sac postérieur. Diagnostic d'hématocœle rétro-utérine.

Traitement : Laparotomie, hystérectomie (utérus fibromateux).

Le fœtus intra-utérin a été expulsé immédiatement avant l'opération.

Observation de J. M. Keyes

(*New-York, M. J.,* 1923)

Femme 20 ans, deux enfants. Coliques, nausées, utérus augmenté, masse dans le cul-de-sac droit.

Diagnostic de grossesse tubaire droite. Curettage explorateur.

qui cause une hémorragie abondante et l'expulsion d'un placenta, ce qui éveille le diagnostic de grossesse intra-utérine.

Traitement : Laparotomie.

Observation de Matthews

(*Med. Sentinal,* 1924)

Femme 26 ans. Pertes de sang noir, vomissements. syncopes, douleurs violentes dans l'hypocondre droit. Utérus augmenté. Diagnostic : menace d'avortement. Huit jours plus tard, nouvelle crise douloureuse et l'hémorragie continue.

Traitement : Laparotomie, salpingectomie. Utérus de deux mois.

Un mois plus tard, la grossesse utérine est évidente.

Observation de Angeli

(*Riforma med.,* 1924)

Une grossesse tubaire fut enlevée : fœtus de 15 cm. de long. De l'utérus, on retira un fœtus de quelques millimètres. Ce serait, d'après l'auteur, un cas de superfœtation.

Observation de Gilford Nash

(*Lancet,* 1924)

Femme 31 ans, deux enfants 3 ans et 13 mois. Neuf semaines depuis les dernières règles. Douleurs soudaines et violentes dans le bas-ventre, à droite, suivies de nausées, vomissements, syncope, pouls : 136. Abdomen dur, distendu.

Traitement : Laparotomie, hystérectomie subtotale. Excision de la trompe impossible à cause de la participation de la paroi utérine au sac fœtal.

Mère guérie après une pyélonéphrite du rein droit.

Observation de Reeb

(*Soc. Obst. Gynec.*, Strasbourg 1924)

Femme 36 ans, un enfant: 11 ans. Dernières règles fin juin 1923.

Le 26 août, douleurs abdominales vives, évanouissement, pas d'hémorragie vaginale, col fermé, utérus gros.

Traitement: Salpingectomie gauche.

Trois mois après l'opération, expulsion d'un fœtus macéré.

Observation de Guilleminet

(*Soc. Nat. Med.*, juin 1925)

Femme 35 ans. Diagnostic de salpingite. Traitement médical.

Traitement: Laparotomie, trois semaines plus tard. Grossesse tubaire gauche rompue, utérus gravide, castration unilatérale.

Avortement quatre semaines après l'opération d'un fœtus de trois mois environ.

Observation de Paquet

(*Soc. Obst. Gynec.*, Lille 1925)

Femme 30 ans, trois grossesses antérieures normales, pas d'antécédents génitaux, pas de grossesse gémellaire dans la famille ni celle du mari.

Deux mois après les dernières règles, douleurs brusques dans le ventre, sensibilité marquée du Douglas qui ne bombe pas, tumeur juxta-utérine du volume d'une mandarine douloureuse. Diagnostic de grossesse extra-utérine.

Traitement: Laparotomie, salpingectomie.

Accouchement à terme.

Observation de Mathieu

(Cas de Page et Ferey. — *Soc. Chir.*, 1925)

Femme 33 ans, pas d'enfant, pas de fausse couche. Métrite hémorragique tenace ayant nécessité un curettage quelques mois avant les accidents relatés.

Du 25 mars au 10 avril 1924, douleurs à type de coliques dans la fosse iliaque droite. Grossesse de deux mois diagnostiquée. Le 10 avril, douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque droite. Pas de fièvre. Diagnostic d'appendicite au début.

Traitement : Laparotomie (grossesse tubaire rompue). Salpingectomie, ovaire droit conservé à cause de la présence d'un corps jaune.

Accouchement normal, sept mois après l'opération.

Observation de Launay

(*Soc. Chir.*, 1925)

Diagnostic de grossesse tubaire droite.

Traitement : Ablation des annexes droites. Utérus gravide de deux mois environ.

Accouchement à terme.

Observation de Michel et Vermelin

(*Soc. Obst. Gyn.*, Nancy 1925)

Femme 29 ans, première grossesse. Dernières règles, début d'avril.

Le 10 juin, expulsion d'un œuf du volume d'une mandarine, quelques pertes de sang prolongées.

Le 26 juin, l'utérus a repris son volume normal, plus de saignements, annexes normales et indolores.

Le 8 juillet, douleurs brusques dans le ventre.

Traitement : Laparotomie. Œuf de la grosseur d'une noisette dans la région ampullaire.

Observation de Lincoln de Aranjo

(*Rev. Gyn. Obst. do Brasil*, 1925)

Femme 29 ans, I-pare.

Pertes de sang le troisième mois, douleurs dans le bas-ventre. Après plusieurs examens, diagnostic de grossesse utérine à terme et tumeur rappelant une tête de fœtus et cause de dystocie.

Traitement : Laparotomie. Extraction du fœtus utérin par hystérectomie, de l'ectopique par incision du sac fœtal à droite. Hystérectomie subtotale, extirpation de l'annexe droite. Drainage au Mickulicz.

Le fœtus extra-utérin vit.

Le fœtus utérin est mort au bout de vingt-quatre heures, avec des convulsions.

Mère morte le quinzième jour, d'insuffisance hépatique.

Observation de Novak

(*Surg. Gyn. and Obst.*, 1926)

Femme 35 ans, absence de deux périodes menstruelles, douleurs dans la fosse iliaque gauche, crises syncopales, pas d'hémorragies externes. Utérus légèrement augmenté de volume. Masse volumineuse et douloureuse remplissant le côté gauche du bassin.

Traitement : Laparotomie, salpingectomie gauche.. Six semaines après l'opération, expulsion d'un fœtus de trois mois.

Observation de Novak

(*Surg. Gyn. and Obst.*, 1926)

Femme 22 ans. Dernières règles, le 2 mai.

Métrorragies profuses à partir du 18 mai, avec violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche; nausées, syncopes.

Le 30 mai, constatation d'un utérus hypertrophié repoussé à droite par une masse volumineuse, modérément douloureuse. Coexistence de grossesse extra et intra-utérine soupçonnée, vu l'abondance des hémorragies, l'hypertrophie de l'utérus, le ramollissement du col. On fait un curettage utérin et on ramène des portions de tissu placentaire, l'hémorragie est tellement abondante qu'on injecte de la pituitrine et tamponne l'utérus.

Traitement : Laparotomie, salpingectomie gauche. L'ovaire gauche contient un corps jaune en régression.

Observation de John N. Furniss

(*Surg. Gyn. and Obst.*, 1926)

Femme 24 ans, quatre grossesses normales. Coliques et pertes sanguines légères depuis un mois, puis brusquement signes d'hémorragie interne.

Traitement : Laparotomie, salpingectomie.

Accouchement à terme de deux enfants de sexe différent.

CONCLUSION

I. La grossesse extra et intra-utérine simultanée est encore relativement rare, puisque nous n'en avons relevé que 42 cas depuis 1913, dont un inédit et que Neugebauer n'en avait rassemblée que 244 à cette époque, depuis 1708.

II. La fréquence de cette grossesse double par rapport aux autres grossesses reste encore difficile à évaluer.

III. L'étiologie en est encore incertaine au point de vue des antécédents pathologiques génitaux ; toutefois, les lésions annexielles paraissent avoir une influence sur la fixation d'un des ovules dans la trompe. Ce qui est plus certain, c'est la tendance très nette individuelle et héréditaire aux grossesses multiples, chez les femmes présentant cette variété de grossesse gémellaire.

IV. L'évolution est très variable. Les deux grossesses ont une influence réciproque. Tantôt les deux fœtus succombent et c'est la terminaison la plus habituelle ; tantôt, l'un d'eux, l'utérin presque toujours, va jusqu'au terme, plus rarement enfin les deux fœtus vont à terme.

V. Le diagnostic est rarement fait. Il est presque impossible dans les premiers mois en l'absence d'accidents,

plus facile après quatre mois et demi. Très souvent la grossesse utérine est une surprise opératoire.

VI. La laparotomie s'impose dans les six premiers mois : Ablation de la trompe en cas de rupture avec ou sans conservation de l'ovaire correspondant.

Aux approches du terme, on pourra temporiser pour essayer d'obtenir deux enfants vivants, malgré l'incertitude du pronostic maternel et fœtal.

Vu : *Le Président du Jury de Thèse,*

BUÉ.

Vu : *Le Doyen de la Faculté,*

Ch. DUBOIS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie

CHATELET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	7
Observation inédite	9
Historique	13
Fréquence	17
Etiologie	21
Evolution clinique	27
Diagnostic	37
Traitement	43
Observations	47
Conclusions	61

IMPRIMERIE PLATEAU, LILLE